Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2704

Vragen van het lid **Bruins Slot** (CDA) aan de Minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het artikel «Ik wil niet dood, ik wil alleen hulp»* (ingezonden 3 juni 2015).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport), mede namens de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ontvangen 25 juni 2015)

Vraag 1
Heeft u het artikel «Ik wil niet dood, ik wil alleen hulp» gelezen? Wat vindt u van de daarin geschetste problemen?[1]

Antwoord 1
Ja. Ik vind het heel erg dat iemand geen toekomstperspectief meer ziet en uit het leven wil stappen.

Vraag 2
Herkent u dit signaal? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 2
Uit het artikel komt het beeld naar voren van iemand die hulp zoekt, daarvoor in contact is met verschillende zorgverleners die de gevraagde hulp bieden of in ieder geval proberen te bieden en tegelijkertijd niet aan de door haar gewenste zorg lijken te kunnen voldoen. De beoordeling van hoe met de hulpvraag van betrokkene in het artikel moet worden omgegaan ligt bij de zorgprofessional. Vrijwillige of gedwongen opname kan daar onderdeel van uitmaken, wanneer dat noodzakelijk is, op basis van het professionele oordeel van een arts (psychiater). Van een gedwongen opname kan alleen sprake zijn wanneer de patiënt voldoet aan de criteria van de Wet bopz, betrokkene vormt daarbij een gevaar voor zichzelf of zijn omgeving en verzet zich tegen een vrijwillige opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Dat neemt overigens niet weg dat onder sommige patiënten de wens leeft om opgenomen te worden vanuit de gedachte dat een bed in de kliniek de definitieve oplossing biedt voor de problematiek, ook wanneer het professionele oordeel anders luidt.

[1] Algemeen Dagblad, 16 mei 2015

ah-tk-20142015-2704
ISSN 0921 - 7398
'S-Gravenhage 2015

De geschetste aanpak waarbij een korte opname van een paar maanden in de GGZ-instelling, gevolgd wordt door zorg thuis via Assertive community treatment (ACT) of in een polikliniek herken ik. Dat past ook bij de in gang gezette en breed ondersteunde beweging in de GGZ, waarbij mensen alleen dan worden opgenomen wanneer daarvoor uitdrukkelijk de noodzaak toe bestaat.
Het signaal in het artikel dat wordt bezuinigd in de GGZ herken ik niet. In de GGZ is nog steeds ruimte voor een jaarlijkse groei van 1%.

Vraag 3
Hoe kan iemand goede zorg krijgen in zo'n situatie? Bij wie kan iemand in zo'n situatie terecht?

Antwoord 3
De zorgverlener is als professional bepalend voor de behandeling die wordt ingezet. Behandeling van een borderlinestoornis kan ambulant plaatsvinden op een polikliniek, bij vrijgevestigde psychologen/psychiaters of thuis via ACT dan wel via deeltijdbehandeling, waarbij een aantal dagdelen in de week behandeling plaatsvindt.
Bij ernstige problematiek kan het aangewezen zijn behandeld te worden met behulp van een gespecialiseerd programma dat uitgevoerd wordt door een GGZ instelling met vrijwillige opname of onder dwang zoals ik heb toegelicht in het antwoord op vraag 2.

Vraag 4
Hoort u meer signalen dat er geen of onvoldoende overbruggingszorg voorhanden is voor mensen met een ggz-problematiek (geestelijke gezondheidszorg)?

Antwoord 4
Onder het regime van de Zvw is er geen sprake van overbruggingszorg. Bij verzekeraars ligt de wettelijke verplichting om ervoor te zorgen dat verzekerden binnen een bepaalde tijd een behandeling kunnen krijgen. Verzekerden kunnen bij de verzekeraar om bemiddeling vragen voor het ontvangen van de benodigde zorg.
In die gevallen, waar een patiënt moet wachten totdat deze in behandeling kan worden genomen, is sprake van een wachtlijst. Hiervoor zijn zogenaamde Treeknormen afgesproken met de zorgsector GGZ. De Treeknormen gaan uit van een maximale wachttijd van 4 weken tussen aanmelding en intake, 4 weken tussen intake en diagnose en 6 weken tussen het stellen van de diagnose en de aanvang van de behandeling. De instellingen zijn verplicht de informatie over wachttijden op hun website te plaatsen.

Vraag 5
Ben u ervan op de hoogte dat door instellingen (zoals dak- thuislozenopvang of ggz-instellingen) eisen worden gesteld aan opname voor overbruggingszorg (tijdelijke zorg)? Wat vindt u daarvan?

Antwoord 5
Wat betreft toegang tot de maatschappelijke opvang geldt dat gemeenten op basis van de Wmo 2015 een gedegen onderzoek moeten doen naar de ondersteuningsbehoefte van de cliënt en de mogelijkheden die benut kunnen worden binnen zijn of haar netwerk. Op basis daarvan wordt een passend ondersteuningsaanbod gedaan door gemeenten. Ik sta achter deze onderzoeksbepaling en merk daarbij op dat de maatschappelijke opvang niet is bedoeld om de wachttijd voor een GGZ-kliniek te overbruggen. Overigens is mij op basis van het artikel niet gebleken dat een aanvraag om ondersteuning is ingediend bij de gemeente.
Wat betreft de GGZ verwijs ik u naar het antwoord op vraag 4.

Vraag 6
Kunt u uitgebreid toelichten wie er op welk moment (gemeenten of zorgverzekeraar of instelling) verantwoordelijk is voor overbruggingszorg als mensen wachten op opname voor behandeling, plaatsing in een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW), of in afwachting zijn van een rechterlijke machtiging?

Antwoord 6
Wanneer er sprake is van een behandeling in het kader van de Zvw, zal betrokkene moeten wachten op een oproep als er sprake is van een wachtlijst. Daarnaast kan verzekerde de zorgverzekeraar verzoeken om voor deze Zvw-zorg te bemiddelen bij een gecontracteerde aanbieder.
Wanneer iemand in aanmerking komt voor een maatwerkvoorziening beschermd wonen, bijvoorbeeld in een RIBW, op basis van de Wmo 2015 is het de verantwoordelijkheid van gemeenten om daarin te voorzien. Wanneer er niet direct een plek beschikbaar is en het wel noodzakelijk is dat deze persoon ondersteuning op basis van de Wmo 2015 krijgt, is de gemeente verantwoordelijk voor overbruggingszorg.
Bij een rechterlijke machtiging moet iemand zo snel mogelijk opgenomen worden. Indien in de eerste week na afgifte van de voorlopige machtiging betrokken niet is opgenomen, kan de officier van justitie, na overleg met de inspecteur, een ziekenhuis bevelen betrokkene op te nemen. Het betrokken ziekenhuis is vervolgens verplicht om degene op te nemen.

Vraag 7
Kunt u ook aangeven waar en hoe dat in de huidige wetgeving (Wet maatschappelijke ondersteuning, Wet langdurige zorg en Zorgverzekeringswet) is geregeld?

Antwoord 7
In de verschillende wetten zijn de volgende regels van toepassing:
Wmo 2015:
In de Wmo 2015 is bepaald dat het college van burgemeester en wethouders na aanmelding van een cliënt met een ondersteuningsbehoefte een onderzoek moet instellen en moet aangeven waar dat onderzoek aan moet voldoen. Het college moet binnen zes weken na aanmelding de cliënt schriftelijk op de hoogte stellen van de uitkomsten van het onderzoek. Met deze uitkomsten kan een cliënt vervolgens een aanvraag doen voor een maatwerkvoorziening. Het college dient binnen 2 weken na ontvangst van de aanvraag een besluit te nemen. In de Wmo is geregeld dat in spoedeisende gevallen het college na een melding onverwijld beslist tot verstrekking van een tijdelijke maatwerkvoorziening in afwachting van de uitkomst van het onderzoek en de aanvraag van de cliënt.
Wlz:
Wanneer er sprake is van een Wlz-indicatie voor zorg met verblijf, of de definitieve toekenning van een persoongebonden budget, een volledig pakket thuis of een modulair pakket thuis, kan er sprake zijn van overbruggingszorg. De zorginstelling waarvoor betrokkene heeft gekozen heeft geen plaats en komt op een wachtlijst te staan. Zolang er geen plaats is, verblijft betrokkene op de plaats van de uitgangspositie. In overleg met het zorgkantoor wordt besproken hoe overbruggingszorg wordt geleverd. Betrokkene houdt recht op een opname in een zorginstelling.
Zvw:
De Zvw kent geen zorg onder de noemer overbruggingszorg. Dit is bij het antwoord op vraag 4 verwoord. De verzekeraar kent dus wel een zorgplicht die onder meer inhoudt dat de zorg tijdig geleverd moet worden.